

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu proses fisiologis dan alami dimana wanita yang memiliki organ reproduksi sehat, mengalami menstruasi, dan berhubungan seks dengan pria sehat dan kemungkinan besar untuk hamil. Kehamilan, juga dikenal sebagai kehamilan, adalah masa ketika satu atau lebih bayi tumbuh di dalam rahim seorang wanita. Kehamilan dapat terjadi melalui hubungan seksual dimana sel sperma dan sel telur bertemu atau bisa terjadi melalui teknik reproduksi berbantuan (Risyati, 2021).

Kehamilan didefinisikan sebagai pembuahan yang diikuti dengan implantasi. Kehamilan dimulai sejak pembuahan dan berlanjut hingga bayi lahir yaitu 280 hari atau 40 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir (Fatimah dan Nuryaningsih, 2017). Biasanya, wanita dengan hamil normal akan melahirkan bayinya pada tanggal jatuh tempo (yaitu hari dimana mereka dapat bertahan hidup di luar rahim). Tanggal jatuh tempo adalah antara 37 dan 42 minggu kehamilan. Namun, terkadang kehamilan berakhir sebelum tanggal kelahiran bayi. Kehamilan mungkin berlangsung lebih lama dari biasanya, yaitu 42 minggu (Putri, 2021).

Menurut *International Society of Obstetrics and Gynecology*, kehamilan didefinisikan sebagai pembuahan, penyatuan sperma dan sel telur, yang diikuti dengan implantasi. Kehamilan normal berlangsung selama 40 minggu sejak pembuahan hingga kelahiran bayi. Kehamilan dibagi menjadi tiga trimester: trimester pertama berlangsung selama 12 minggu, trimester kedua berlangsung selama 15 minggu (13 hingga 27

minggu), dan trimester ketiga berlangsung selama 13 minggu (28 hingga 40 minggu) (Arum et al., 2021).

Kehamilan adalah masa ketika seorang wanita mengandung embrio janin di dalam tubuhnya. Kehamilan ganda (seperti kembar dua atau tiga) dapat terjadi selama kehamilan. Kehamilan berlangsung selama 40 minggu, dari menstruasi hingga kelahiran. Enam minggu setelah pembuahan. Istilah medis untuk wanita hamil adalah "gravida" dan kandungan di dalam dirinya disebut embrio (minggu ke 3 kehamilan) dan kemudian disebut janin (hingga lahir). Primigravida adalah wanita yang hamil untuk pertama kalinya, sedangkan multigravida adalah wanita yang hamil lebih 2 sampai 5 kali. Kehamilan merupakan suatu proses yang normal dan alamiah dimana terjadi perubahan-perubahan fisiologis, meliputi perubahan fisik, psikologis dan sosial bagi seorang wanita. Kehamilan adalah keadaan di mana embrio atau janin dibawa ke dalam tubuh setelah sel telur bersentuhan dengan sperma (Kamus Dorland, 1994). Kehamilan merupakan proses pembuahan alami untuk kelanjutan garis keturunan, yang menghasilkan perkembangan janin di dalam rahim ibu. Kehamilan adalah proses yang berlangsung dari pembuahan hingga kelahiran. Prosesnya dimulai dengan pembuahan sel telur oleh sperma, kemudian sel telur menempel pada dinding rahim dan akhirnya berkembang menjadi janin (Arum, 2021).

Kehamilan merupakan suatu hal alamiah yang merupakan proses fisiologis, akan tetapi jika tidak dilakukan asuhan yang tepat atau deteksi dini komplikasi yang akurat maka akan berujung pada komplikasi kehamilan yang apabila tidak bisa diatasi akan berujung pada kematian ibu. Kehamilan dapat terjadi apabila perempuan memiliki organ reproduksi yang sehat kemudian mengalami siklus menstruasi dan telah melakukan hubungan seksual maka perempuan tersebut akan mengalami kehamilan. Kehamilan merupakan proses yang sangat luar biasa yang terjadi pada uterus seorang perempuan yang berlangsung 280 hari atau 40 minggu sejak hari pertama haid

terakhir. Banyak perubahan fisiologis yang terjadi pada masa kehamilan yang sangat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin. Proses kehamilan berawal dari proses fertilisasi yang berlanjut pada proses nidasi atau implantasi kemudian bertumbuh hingga janin tersebut siap untuk hidup di luar uterus (Kasmiati & Dian, 2023).

2. Menentukan Usia Kehamilan

Teknik menghitung usia kehamilan bisa dilakukan dengan beberapa cara diantaranya yaitu menurut Kasmiati (2023):

- a. Menentukan usia kehamilan dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) sampai tanggal pemeriksaan.
- b. Menentukan usia kehamilan dapat juga dihitung dari gerakan anak pertama yang pada umumnya dirasakan pada usia kehamilan 20 minggu.
- c. Menentukan usia kehamilan dihitung sejak denyut jantung janin mulai dapat didengar baik menggunakan doppler (pada usia kehamilan 16 minggu) maupun *funandoscope/laenec* (pada usia kehamilan 20 minggu).

3. Kebutuhan Dasar Trimester III

Kebutuhan dasar Trimester III menurut Romauli (2023), yaitu;

- a. Kebutuhan Oksigen
Pada kehamilan terjadi perubahan pada sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan O₂, di samping itu terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam. Hal ini akan berhubungan dengan meningkatnya aktifitas paru-paru oleh karena selain untuk mencukupi kebutuhan O₂ ibu, juga harus mencukupi kebutuhan O₂ janin.
- b. Kebutuhan Nutrisi
Untuk mengakomodasi perubahan yang terjadi selama masa hamil, banyak diperlukan zat gizi dalam jumlah yang lebih besar dari pada sebelum hamil. Pada ibu hamil akan mengalami BB bertambah,

penambahan BB bisa diukur dari IMT (Indeks Masa Tubuh) / BMI (Body Mass Index) sebelum hamil. IMT dihitung dengan cara BB sebelum hamil dalam kg dibagi (TB dlm m)² misalnya: seorang perempuan hamil BB sebelum hamil 50 kg, TB 150 cm maka $IMT = 50 / (1,5)^2 = 22.22$ (termasuk normal).

c. Personal Hygiene

Kebersihan badan mengurangi kemungkinan infeksi, karena badan yang kotor banyak mengandung kuman. Pada ibu hamil karena bertambahnya aktifitas metabolisme tubuh maka ibu hamil cenderung menghasilkan keringat yang berlebih, sehingga perlu menjaga kebersihan badan secara ekstra disamping itu menjaga kebersihan badan juga dapat untuk mendapatkan rasa nyaman bagi tubuh.

d. Pakaian

Pakaian yang dianjurkan untuk ibu hamil adalah pakaian yang longgar, nyaman dipakai, tanpa sabuk atau pita yang menekan bagian perut atau pergelangan tangan karena akan mengganggu sirkulasi darah. Stocking tungkai yang sering dikenakan sebagian wanita tidak dianjurkan karena dapat menghambat sirkulasi darah. Pakaian dalam atas (BH) dianjurkan yang longgar dan mempunyai kemampuan untuk menyangga payudara yang makin berkembang. Dalam memilih BH supaya yang mempunyai tali bahu yang lebar sehingga tidak menimbulkan rasa sakit pada bahu. Sebaiknya memilih BH yang bahannya dari katun karena selain mudah dicuci juga jarang menimbulkan iritasi. Celana dalam sebaiknya terbuat dari katun yang mudah menyerap air sehingga untuk mencegah kelembaban yang dapat menyebabkan gatal dan iritasi apalagi ibu hamil 32 biasanya sering BAK karena ada penekanan kandung kemih oleh pembesaran uterus.

e. Seksual

Hamil bukan merupakan halangan untuk melakukan hubungan seksual. Hubungan seksual yang disarankan pada ibu hamil yaitu Posisi diatur untuk menyesuaikan dengan pembesaran perut . Posisi

perempuan diatas dianjurkan karena perempuan dapat mengatur kedalaman penetrasi penis dan juga dapat melindungi perut dan payudara. Posisi miring dapat mengurangi energi dan tekanan perut yang membesar terutama pada kehamilan trimester III, Pada trimester III hubungan seksual supaya dilakukan dengan hati – hati karena dapat menimbulkan kontraksi uterus sehingga kemungkinan dapat terjadi partus prematur, fetal bradycardia pada janin sehingga dapat menyebabkan fetal distress tetapi tidak berarti dilarang.

f. Mobilisasi dan Body Mekanik

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dan mempunyai tujuan dalam rangka pemenuhan kebutuhan hidup sehat. Manfaat mobilisasi adalah: sirkulasi darah menjadi baik, nafsu makan bertambah, pencernaan lebih baik dan tidur lebih nyenyak.

g. Istirahat / Tidur

Istirahat/tidur dan bersantai sangat penting bagi wanita hamil dan menyusui. Jadwal ini harus diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur secara teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin dan juga membantu wanita tetap kuat dan mencegah penyakit, juga dapat mencegah keguguran, tekanan darah tinggi, bayi sakit dan masalah-masalah lain.

h. Immunisasi

adalah suatu cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu antigen. Vaksinasi dengan toksoid tetanus (TT), dianjurkan untuk dapat menurunkan angka kematian bayi karena infeksi tetanus. Vaksinasi toksoid tetanus dilakukan dua kali selama hamil. Immunisasi TT sebaiknya diberika pada ibu hamil dengan umur kehamilan antara tiga bulan sampai satu bulan sebelum melahirkan dengan jarak minimal empat minggu.

Tabel 2. 1
Pemberian Vaksin TT

Pernah (kali)	Interval	Minimal	Lama perlindungan (tahun)	% perlindungan
1	TT 2	4 minggu setelah TT 1 (pada kehamilan)	3	80
2	TT3	6 bulan setelah TT 2	5	95
3	TT4	1 tahun setelah TT 3	10	99
4	TT5	1 tahun setelah TT 4	25/seumur hidup	99
5	TT 5		Tidakperlu lagi	99

Sumber: (Romauli, 2023)

4. Ketidaknyamanan pada kehamilan Trimester III

Semua sistem tubuh ibu berubah selama kehamilan, dan semuanya memerlukan perubahan, baik fisik maupun psikologis. Meskipun normal, tetap diperlukan pencegahan maupun perawatan (Kasmiati & Dian, 2023).

Menurut Fatimah & Nuryaningsih (2018a), adapun penyebab dan penanganan ketidaknyamanan pada trimester III, sebagai berikut:

a. Konstipasi

Masalah peristaltik usus muncul pada ibu hamil di trimester ketiga karena hormon progesteron meningkat. Rahim yang membesar dan menekan usus dapat menyebabkan sembelit juga. Mengonsumsi tablet FE dapat menyebabkan sembelit, serta kurangnya mobilitas dan gerakan tubuh. Wanita hamil harus memakan banyak sayuran dan buah-buahan yang kaya serat, berolahraga, dan berjalan-jalan setiap pagi.

Mereka juga harus minum setidaknya enam hingga delapan gelas air setiap hari.

b. Edema

Edema merupakan pembengkakan di tungkai bawah dan pergelangan kaki, berkembang selama kehamilan sebagai akibat dari berkurangnya aliran balik vena dari ekstremitas bawah. Penceahan yang dilakukan adalah Anjurkan kepada ibu untuk menghindari makanan yang terlalu asin, makan makanan berprotein tinggi, dan menghindari penggunaan pakaian ketat. Jika ibu berdiri atau duduk untuk waktu yang lama, dia harus mengangkat kakinya selama 20 menit setiap 2 sampai 3 jam dan mengubah posisi. Duduk dengan kaki dalam posisi dorsofleksi meningkatkan sirkulasi dan membantu mengontraksikan otot kaki.

c. Insomnia

Ibu mungkin mengalami kesulitan tidur karena aktivitas janin di dalam rahim pada malam hari. Saat tidur, rasanya tidak nyaman. Ibu dapat menggunakan posisi miring saat tidur, mendukung ibu selama kehamilan trimester ketiga, mengarahkan keluarga untuk memberikan dukungan mental dan spiritual dalam persiapan persalinan, menganjurkan senam hamil, dan melakukan pijatan ringan pada bagian tubuh yang sakit seperti bagian dari pengobatan

d. Nyeri Punggung

Nyeri punggung bawah pada ibu hamil trimester ketiga disebabkan oleh perubahan hormonal pada jaringan lunak pendukung dan penghubung, yang mengakibatkan berkurangnya kelenturan otot. Lumbago (nyeri punggung bawah) adalah jenis nyeri punggung yang mempengaruhi daerah lumbosakral. Karena rasa sakit ini disebabkan oleh pergeseran pusat gravitasi dan postur wanita, biasanya rasa sakit ini semakin parah seiring dengan kehamilannya.

Beberapa pencegahan yakni anjurkan agar ibu rileks dengan menarik napas dalam-dalam, memijat dan mengompres punggung yang sakit, serta mengubah postur tidurnya menjadi posisi miring dengan bantalan

e. Sering Buang Air Kecil

Sering buang air kecil (*nocturia*) Berat dan ukuran rahim bertambah seiring bertambahnya usia kehamilan sehingga menyebabkan rahim memanjang ke arah luar pintu masuk panggul ke rongga perut.

Pencegahan yang dilakukan yakni lakukan latihan untuk memperkuat otot dasar panggul, otot vagina, dan otot perut, menjaga kebersihan area kewanitaan, mengganti pakaian dalam segera setelah terasa lembap dan menggunakan bahan dengan daya serap keringat yang tinggi tidak menahan buang air kecil, serta selalu menjaga kebersihan area kewanitaan.

5. Pembagian Trimester Kehamilan

Kehamilan dibagi menjadi tiga trimester menurut Risyati (2021):

1) Trimester I (Minggu ke 1 -12)

Trimester pertama berlangsung dari minggu ke-1 hingga minggu ke-12 dan mencakup pembuahan. Selama proses pembuahan, sperma membuahi sel telur, berjalan melalui tuba falopi dan menempel di rahim, tempat pembentukan janin dan plasenta dimulai. Tahap awal kehamilan dibagi lagi menjadi tahap embrio dan janin. Tahap embrio dimulai saat pembuahan (tahap perkembangan) atau antara minggu kedua dan kesepuluh kehamilan. Tahap embrio adalah tahap terjadinya organogenesis dan merupakan waktu ketika embrio paling sensitif terhadap teratogen. Akhir periode embrio dan awal periode janin terjadi masing-masing 8 minggu setelah pembuahan (usia perkembangan) dan 10 minggu setelah dimulainya periode menstruasi terakhir. Pada usia kandungan 12 minggu, detak jantung janin sudah dapat terlihat jelas melalui USG, gerakan janin pertama sudah mulai terlihat, jenis kelamin bayi sudah dapat dipastikan, dan ginjal sudah mulai memproduksi urine. Risiko keguguran (kematian spontan janin) paling tinggi selama trimester pertama kehamilan. Trimester pertama merupakan masa kehamilan yang rentan karena

pendarahan merupakan hal yang umum terjadi pada ibu hamil muda dan dapat bersifat fisiologis maupun patologis.

2) Trimester II (Minggu ke-13 hingga ke-28)

Pertengahan trimester berlangsung dari minggu ke-13 hingga minggu ke-28. Di pertengahan trimester kedua janin bisa terasa. Pada minggu ke-28, lebih dari 90% bayi dapat bertahan hidup di luar rahim jika diberikan perawatan medis berkualitas tinggi (Stephanie et al., 2016). Pada akhir trimester dua janin dapat bernapas, menelan dan mengatur suhu, surfactan terbentuk didalam paru paru, mata mulai membuka dan menutup, dan ukuran janin 2/3 pada saat lahir.

3) Trimester III (29-40 minggu)

Trimester ketiga adalah dari 29 minggu sampai kira- kira 40 minggu dan diakhiri dengan bayi lahir. Pada trimester tiga seluruh uterus terisi oleh bayi sehingga tidak bebas bergerak/berputar banyak. Simpanan lemak cokelat berkembang dibawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir, antibody ibu ditransfer ke janin, janin mulai menyimpan zat besi, kalsium, dan fosfor. Sementara ibu merasakan ketidaknyamanan seperti sering buang air kecil, kaki bengkak, sakit punggung dan susah tidur. Braxton hick meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan.

6. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

a. Pengertian Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang menunjukkan bahaya yang dapat terjadi selama kehamilan atau periode antenatal yang dapat menyebabkan kematian ibu jika tidak dilaporkan atau diidentifikasi. hamil merupakan fenomena biologis. Namun, kehamilan yang normal dapat berkembang menjadi kehamilan patologis. Salah satu tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk mengurangi risiko ini adalah mendeteksi penyakit atau komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan sejak dini. Pada umumnya 80-90 % kehamilan akan berlangsung normal dan hanya 10-12 % kehamilan yang disertai dengan

penyulit atau berkembang menjadi kehamilan patologis. Kehamilan patologis tidak terjadi secara mendadak karena kehamilan dan efeknya terhadap organ tubuh berlangsung secara bertahap dan berangsur-angsur. Deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan ataupun keselamatan ibu hamil. Faktor predisposisi dan adanya penyulit penyerta sebaiknya diketahui sejak awal sehingga dapat dilakukan berbagai upaya maksimal untuk mencegah gangguan yang berat baik terhadap kehamilan dan keselamatan ibu maupun bayi yang dikandungnya (Romauli, 2023)

b. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Menurut Romauli (2023), tanda bahaya kehamilan trimester 3 yaitu;

1) Perdarahan Pervaginam

Pada akhir kehamilan perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tidak disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan semacam ini berarti plasenta previa. Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat yang abnormal yaitu segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri interna. Penyebab lain adalah solusio plasenta dimana keadaan plasenta yang letaknya normal, terlepas dari perlekatannya sebelum janin lahir, biasanya dihitung sejak kehamilan 28 minggu.

2) Sakit Kepala Yang Hebat

Sakit kepala selama kehamilan adalah umum, seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin mengalami penglihatan yang kabur. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklampsia.

3) Penglihatan Kabur

Penglihatan menjadi kabur atau berbayang dapat disebabkan oleh sakit kepala yang hebat, sehingga terjadi oedema pada otak dan meningkatkan resistensi otak yang mempengaruhi sistem saraf pusat, yang dapat menimbulkan kelainan serebral (nyeri kepala, kejang), dan gangguan penglihatan. Perubahan penglihatan atau pandangan kabur, dapat menjadi tanda pre-eklampsia. Masalah visual yang mengidentifikasi keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya penglihatan kabur atau berbayang, melihat bintik-bintik (spot), berkunang-kunang.

4) Bengkak di muka atau tangan

Hampir separuh dari ibu-ibu akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meletakkannya lebih tinggi. Bengkak dapat menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada permukaan muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan diikuti dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda pre-eklampsia

5) Janin Kurang Bergerak Seperti Biasa

Gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal 3 kali dalam 1 jam). Ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan ke-5 atau ke-6. Jika bayi tidak bergerak seperti biasa dinamakan IUF~~D~~ (*Intra Uterine Fetal Death*). IUF~~D~~ adalah tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin didalam kandungan. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 1 jam jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik.

6) Pengeluaran Cairan Pervaginam (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban yang pecah pada kehamilan aterm dan disertai dengan munculnya tanda-tanda persalinan adalah normal. Pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum dimulainya tanda-tanda persalinan ini disebut ketuban pecah dini.

Ketuban pecah dini menyebabkan hubungan langsung antara dunia luar dan ruangan dalam rahim sehingga memudahkan terjadinya infeksi. Makin lama periode laten (waktu sejak ketuban pecah sampai terjadi kontraksi rahim), makin besar kemungkinan kejadian kesakitan dan kematian ibu atau janin dalam rahim.

7) Kejang

Menurut SDKI tahun 2007 penyebab kematian ibu karena eklampsia (24%). Pada umumnya kejang didahului oleh makin memburuknya keadaan dan terjadinya gejalagejala sakit kepala, mual, nyeri ulu hati sehingga muntah. Bila semakin berat, penglihatan semakin kabur, kesadaran menurun kemudian kejang. Kejang dalam kehamilan dapat merupakan gejala dari eklampsia

8) Selaput kelopak mata pucat

Merupakan salah satu tanda anemia. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan keadaan hemoglobin di bawah 11 gr% pada trimester III. Anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi dan perdarahan akut bahkan tak jarang keduanya saling berinteraksi. Anemia pada Trimester III dapat menyebabkan perdarahan pada waktu persalinan dan nifas, BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah) yaitu kurang dari 2500 gram.

9) Demam Tinggi

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan. Menurut SDKI tahun 2007 penyebab kematian ibu karena infeksi (11%). Penanganan demam antara lain dengan istirahat baring, minum banyak dan mengompres untuk menurunkan suhu. Demam dapat disebabkan oleh infeksi dalam kehamilan yaitu masuknya mikroorganisme pathogen ke dalam tubuh wanita hamil yang kemudian menyebabkan timbulnya tanda atau gejala-gejala penyakit. Pada infeksi berat dapat terjadi demam dan

gangguan fungsi organ vital. Infeksi dapat terjadi selama kehamilan, persalinan dan masa nifas.

7. Konsep Asuhan Kehamilan

a. Pengertian

Asuhan kebidanan adalah rangkaian kegiatan yang didasarkan pada proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya. (Yanti, Juli S, 2021)

b. Tujuan Asuhan Kehamilan

Menurut Yanti (2021), tujuan asuhan kehamilan antara lain;

- 1) Memantau kemajuan kehamilan, memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, serta sosial ibu dan bayi.
- 3) Menemukan secara dini adanya masalah atau gangguan dan komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan
- 4) Mempersiapkan kehamilan dan persalinan dengan selamat, baik ibu dan bayi dengan trauma seminimal mungkin.
- 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas dan pemberian ASI eksklusif berjalan normal
- 6) Mempersiapkan ibu dan keluarga dapat berperan dengan baik dalam memelihara bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal

c. Standar pelayanan Asuhan Kebidanan (10T)

Standar pelayanan antenatal terpadu minimal menurut Menteri Kesehatan dalam Bradshaw (2022) adalah sebagai berikut;

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Rekomendasi Rentang Pertambahan Berat Badan Total pada Wanita Hamil, dilihat dari BMI Prakehamilan.

Tabel 2. 2
Karakteristik BMI

Karakteristik	BMI	Kenaikan BB
Underweight	<18,5	13 – 20 kg
Normal	18,5 – 24,9	11 – 13 kg
Overweight	25 – 29,9	7 – 11 kg
Obesitas	>30	< 7 kg

Sumber: (Bradshaw & Carter, 2022),

2) Ukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah \geq 140/90 mmHg). Pada kehamilan dan preeclampsia (hipertensi disertai edem wajah dan atau tungkai bawah dan atau protein uria)

3) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas/LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energy kronis (KEK). Ibu hamil yang mengalami KEK di mana ukuran LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR). Ibu hamil yang mengalami obesitas di mana ukuran LILA $>$ 28 cm.

4) Ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri)

Fungsi pengukuran tinggi fundus uteri yaitu untuk menentukan tuanya kehamilan dan berat badan janin dalam kandungan karena tinggi fundus memberikan informasi mengenai pertumbuhan progresif janin.

Tabel 2. 3
TFU menurut usia kehamilan

Usia Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus Uteri (dalam Cm)
12	Hanya teraba diatas simpisis pubis
16	Di tengah antara simpisis pubis dan umbilicus
20	20 cm (\pm 2 cm) Pada umbilicus
24	Setinggi Pusat (Usia kehamilan dalam mgg = cm (\pm 2 cm)
28	3 jari atas pusat
32	$\frac{1}{2}$ Pusat- Prosesus Xipodeus
36	3 jari bawah prosesus xipodeus
40	Setinggi prosesus xipodeus

Sumber: (Bradshaw & Carter, 2022),

5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Pemeriksaan DJJ dilakukan sebagai acuan untuk mengetahui kesehatan ibu dan perkembangan janin khususnya saat dalam rahim. Frekuensi denyut jantung janin yang normal adalah 120-160 x/menit.7 Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, hasil pengukuran frekuensi denyut jantung janin (DJJ) berdasarkan posisi ibu ditiap minggunya menunjukkan bahwa posisi berdiri cenderung menunjukkan rentang DJJ yang lebih tinggi dibanding dengan posisi duduk dan berbaring yaitu sebesar 151-160 x/menit.(Minarti & Risnawati, 2020)

- 6) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toxoid (TT) bila diperlukan

Tabel 2. 4
Rentang waktu pemberian imunisasi

Status TT	Interval Miniman Pemberian	Masa Perlindungan
T1	-	Langkah awal pemberian kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus
T2	4 minggu setelah T1	3 tahun
T3	6 bulan setelah 2	5 tahun
T4	1 tahun setelah T3	10 tahun
T5 S	1 tahun setelah T4	Lebih dari 25 tahun

sumber: (Bradshaw & Carter, 2022),

- 7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama masa kehamilan
- 8) Tes laboratorium: tes kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, tes triple eliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B) dan malaria pada daerah endemis. Tes lainnya dapat dilakukan sesuai indikasi seperti: glukoprotein urin, gula darah sewaktu, sputum Basil Tahan Asam (BTA), kusta, malaria daerah non endemis, pemeriksaan feses untuk kecacingan, pemeriksaan darah lengkap untuk deteksi dini thalasemia dan pemeriksaan lainnya
- 9) Tata laksana/penanganan kasus sesuai kewenangan
- 10) Temu wicara (konseling) Informasi yang disampaikan saat konseling minimal meliputi hasil pemeriksaan, perawatan sesuai usia kehamilan dan usia ibu, gizi ibu hamil, kesiapan mental, mengenali tanda bahaya

kehamilan, persalinan, dan nifas, persiapan persalinan, kontrasepsi pascapersalinan, perawatan bayi baru lahir, inisiasi menyusui dini, ASI eksklusif.

8. Kebijakan Kunjungan Asuhan Kehamilan

Pemeriksaan DJJ dilakukan sebagai acuan untuk mengetahui kesehatan ibu dan perkembangan janin khususnya saat dalam rahim. Frekuensi denyut jantung janin yang normal adalah 120-160 x/menit.⁷ Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, hasil pengukuran frekuensi denyut jantung janin (DJJ) berdasarkan posisi ibu ditiap minggunya menunjukkan bahwa posisi berdiri cenderung menunjukkan rentang DJJ yang lebih tinggi dibanding dengan posisi duduk dan berbaring yaitu sebesar 151-160 x/menit (Bradshaw & Carter, 2022).

9. Deteksi Dini Resiko Kehamilan Trimester III Dan Penanganan Serta Penatalaksanaan

a. Pengertian

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) yaitu berupa kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga guna menemukan factor risiko ibu hamil, yang selanjutnya dilakukan upaya terpadu untuk menghindari dan mencegah kemungkinan terjadinya upaya komplikasi obstetric pada saat persalinan. skrining antenatal dengan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah untuk mendeteksi dini secara pro-aktif, yaitu mengenal masalah yang perlu diwaspadai dan menemukan secara dini adanya tanda bahaya dan faktor risiko pada kehamilan sehingga dapat ditemukan faktor risiko yang berkembang pada umur kehamilan lebih lanjut. Deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan ataupun keselamatan ibu hamil (Bradshaw & Carter, 2022)

b. Tujuan

Tujuan skreening dengan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) membuat pengelompokkan dari ibu hamil Kehamilan Resiko Rendah

(KRR), Kehamilan Resiko Tinggi (KRT), Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST), agar berkembang perilaku kebutuhan tempat dan penolong persalinan sesuai dengan kondisi dari ibu hamil dan melakukan pemberdayaan ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat agar peduli dan memberikan dukungan dan bantuan kesiapan mental, biaya dan transportasi untuk melakukan rujukan terencana (Bradshaw & Carter, 2022)

c. Kelompok resiko

Kelompok resiko yaitu Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringannya faktor risiko kepada ibu hamil, suami, maupun keluarga. Skor dengan nilai 2, 4, dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko. Sedangkan jumlah skor setiap kontak merupakan perkiraan besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan (Bradshaw & Carter, 2022).

d. Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)

Tabel 2. 5
Kartu Skor Poedji Rochjati

I KEL F.R	II N O	III Masalah/Faktor Risiko	SKOR	IV Tribulan			
				I	II	III. 1	III .2
		Skor awal ibu hamil	2				
	1.	Terlalu muda hamil ≤ 16 th	4				
	2.	Terlalu tua hamil ≥ 35 th	4				
		Terlalu lambat hamil I, kawin ≥ 4 th	4				
	3.	Terlalu lama hamil lagi ≥ 10 th	4				
	4.	Terlalu cepat hamil lagi < 2 th	4				
	5.	Terlalu banyak anak, 4/ lebih	4				
	6.	Terlalu tua, umur ≥ 35 th	4				
	7.	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4				
	8.	Pernah gagal kehamilan	4				
	9.	Pernah melahirkan dengan :					
		a. Tarikan tang / vakum	4				
		b. Uri dirogoh	4				
		c. Diberi infus / Transfusi	4				

	10	Pernah Operasi Sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil:	4				
s		a. Kurang darah	4				
s		b. Malaria	4				
u		c. TBC Paru	4				
m		d. Payah jantung	4				
b		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
e		f. Penyakit menular seksual	4				
r							
:	12	Bengkak pada muka/tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
(13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
B	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4				
r							
a	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
d	16	Kehamilan lebih bulan	4				
s	17	Letak sungsang	8				
h	18	Letak lintang	8				
a	19	Perdarahan pada kehamilan ini	8				
w							
&	20	Preeklampsia berat/kejang- kejang	8				
C		JUMLAH SCOR					

sumber: (Bradshaw & Carter, 2022)

Macam-macam kehamilan risiko tinggi Menurut Poedji Rochyati (2003) dalam Lubis (2024) mengemukakan kriteria KRT (Oktavia & Lubis, 2024):

1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) : Skor 2 (hijau)

Kehamilan tanpa masalah/faktor risiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat.(Nur Anita & Diana, 2025)

Penatalaksanaan:

a) Kehamilan

- (1) Pemeriksaan kehamilan (ANC) dapat dilakukan secara rutin sesuai jadwal fasilitas kesehatan terdekat.
- (2) Ibu hamil tetap dianjurkan melakukan skrining dini dan pemantauan kesehatan selama kehamilan.

b) Persalinan

Ibu KRR dapat melakukan persalinan di polindes maupun puskesmas ,tetapi penolong harus bidan.

2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) : Skor 6-10 (kuning)

Kehamilan dengan satu atau lebih faktor risiko, baik dari pihak ibu maupun janinnya yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu maupun janinnya, memiliki risiko kegawatan tetapi tidak darurat.(Nur Anita & Diana, 2025)

Penatalaksanaan:

a) Kehamilan

(1) Pemeriksaan kehamilan dilakukan oleh dokter atau bidan secara lebih sering dan berkala dibandingkan kehamilan resiko rendah

(2) Kolaborasi dan rujukan

(3) Edukasi dan konseling

(4) Pencegahan komplikasi dengan deteksi dini

b) Persalinan

Pertolongan persalinan dapat dilakukan bidan atau dokter di puskesmas, polindes atau langsung dirujuk ke rumah sakit.

3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) : Skor ≥ 12 (merah)

KRST merupakan kelompok risiko ibu hamil yang jumlahnya paling banyak pada kasus kematian maternal diikuti oleh KRT dan KRR paling sedikit. Kategori ini diberikan dengan bekas operasi caesar, kelainan letak bayi, seperti sungsang, letak lintang, ibu perdarahan antepartum, preeklampsia/ eklampsia. (Nur Anita & Diana, 2025)

Penatalaksanaan:

a) Kehamilan

(1) Pemeriksaan kehamilan harus dilakukan oleh dokter dan penanganan oleh dokter spesialis kandungan.

- (2) Lakukan pemantauan kehamilan secara intensif dan berkala
 - (3) Persiapkan rujukan terencana sejak dini
 - (4) Pemberian KIE
 - (5) Melibatkan keluarga dalam pengambilan keputusan dan pendampingan
- b) Persalinan
- Pertolongan persalinan Ibu dengan faktor risiko lebih dari 12, tingkat risiko kegawatannya meningkat, yang membutuhkan pertolongan persalinan di rumah sakit oleh dokter Spesialis.
- 4) Tinggi badan 145 cm atau kurang, Ibu hamil pertama sangat membuktikan perhatian khusus karena resiko terjadinya CPD.
 - 5) Bekas operasi sesar Ibu hamil, pada persalinan yang lalu dilakukan operasi sesar. Oleh karena itu pada dinding rahim ibu terdapat cacat bekas luka operasi. Bahaya pada robekan rahim: kematian janin dan kematian ibu, perdarahan dan infeksi.

B. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan 3 sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan janin turun ke dalam jalan lahir dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. (Juliana Munthe et al., 2019).

2. Teori Sebab Terjadinya Persalinan

Menurut Juliana (2019), Hal yang menyebabkan mulainya proses persalinan belum diketahui sehingga hanya ada teori-teori antara lain disebabkan oleh hormon, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh

tekanan pada saraf, dan nutrisi. Dengan demikian dapat disebutkan beberapa teori yang dapat menyebabkan persalinan sebagai berikut:

a. Teori Keregangan

Keadaan uterus terus membesar dan menjadi tegang yang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus.

b. Teori Penurunan Progesteron

Hormon estrogen dan progesteron yang berfungsi sebagai penenang dalam miometrium selama kehamilan akan mengalami penurunan 1 hingga 2 minggu sebelum memasuki masa inpartu. Sedangkan hormon prostaglandin mengalami peningkatan pada minggu ke 15 sampai kehamilan aterm. Dengan demikian, kadar estrogen dan progesteron menurun dalam siklus maternal, maka kontraksi uterus terjadi sebagai awitan persalinan.

c. Teori Oksitosin Internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. oksitosin merangsang secara langsung pada uterus melalui reseptor yang ada pada myometrium secara tidak langsung meningkatkan produksi hormon prostaglandin didalam decidua. Uterus mengalami peningkatan sensitivitasnya terhadap hormone oksitosin sejak awal kehamilan. Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior.

d. Teori Menuanya Placenta

Dengan tuanya plasenta, arteri spiralis dan plasenta mengalami proses pengapuran yang berakibatkan menurunnya sirkulasi uteroplacental sehingga fetus mengalami devisaensi nutrisi dan O₂ (oksigen).

e. Teori Prostaglandin

prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan.

f. Teori Berkurangnya Nutrisi Janin

Bila nutrisi ibu berkurang sehingga nutrisi 9 tidak cukup untuk pertumbuhan dan perkembangan fetus maka fetus akan segera dikeluarkan.

g. Teori Hipotalamus – Pituitari dan Glandula Suprarenalis

Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan. Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan bayi anensephalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus.

h. Fetal Endocrine Control Theory

saat fetus telah mencapai usia aterm, system endokrin pada fetus seperti kelenjar adrenal mensekresikan hormone corticosteroid yang diduga merangsang disekresinya hormone prostaglandin yang menstimulasi terjadinya persalinan.

3. Klasifikasi atau Jenis Persalinan

Klasifikasi atau Jenis Persalinan Ada 3 klasifikasi persalinan berdasarkan cara dan usia kehamilan menurut Juliana (2019):

- a) Persalinan Normal (Spontan) adalah proses lahirnya bayi pada Letak Belakang Kepala (LBK) dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.
- b) Persalinan Buatan adalah persalinan dengan tenaga dari luar dengan ekstrak siforceps, ekstraksi vakum dan sectio cesaria.

- c) Persalinan Anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

4. Tahapan Persalinan

Menurut Rizki (2024), tahapan persalinan dibagi menjadi:

a. Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servik hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I berlangsung 18 – 24 jam dan terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif.

1) Fase laten persalinan.

- a) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servik secara bertahap
- b) Pembukaan serviks kurang dari 4 cm
- c) Biasanya berlangsung di bawah hingga 8 jam

2) Fase aktif persalinan Fase ini terbagi menjadi 3 fase yaitu akselerasi, dilatasi maksimal, dan deselerasi.

- a) Fase akselerasi, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm
- b) Fase dilatasi, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm
- c) Fase deselerasi, yaitu pembukaan menjadi lamban kembali dalam waktu 2 jam

Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih

- a) Servik membuka dari 4 ke 10 cm biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih per jam hingga pembukaan lengkap (10 cm)

b) Terjadi penurunan bagian terendah janin

b. Kala II

Persalinan kala II dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.

Tanda dan gejala kala II

- 1) Ibu ingin meneran
- 2) Perineum menonjol
- 3) Vulva vagina dan sphincter anus membuka
- 4) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat
- 5) His lebih kuat dan lebih cepat 2-3 menit sekali.
- 6) Pembukaan lengkap (10 cm)
- 7) Pada Primigravida berlangsung rata-rata 1.5 jam dan multipara rata-rata 0.5 jam
- 8) Pemantauan

Tanda dan gejala kala II menurut asuhan persalinan normal (APN) langkah – langkah yaitu :

- 1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.
 - a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan/atau vaginanya.
 - c) Perineum menonjol.
 - d) Vulva-vagina dan sfingter anal membuka.
- 2) Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang

mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.

- 5) Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- 6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).
- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati
dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi).
- 8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).
- 10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 – 160 kali/menit).
 - a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal

- b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
- 11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
- a) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.
 - b) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran :
- a) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
 - c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).
 - d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
 - e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan member semangat pada ibu.
 - f) Menganjurkan asupan cairan per oral.
 - g) Menilai DJJ setiap lima menit.
 - h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu

primipara atau 60/menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.

- 14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
- 16) Membuka partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan.
- 17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- 18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kelapa bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir
 - a) Jika ada mekonium dalam cairan ketuban, segera hisap mulut dan hidung setelah kepala lahir menggunakan penghisap lendir DeLee disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau bola karet penghisap yang baru dan bersih.
- 19) Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
- 20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi:
 - a) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.

- 21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan. Lahir bahu
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior. Lahir badan dan tungkai.
- 23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat panggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
- 25) Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).
- 26) Segera mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Pastikan bayi dalam kondisi atau posisi aman di perut bagian bawah ibu.

- 27) Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemeli).
- 28) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
- 29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 IU (Intramuskuler) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
- 30) Setelah 2 menit setelah bayi lahir (cukup bulan), jepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
- 31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.
 - a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut.
 - b) Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
 - c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.
- 32) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mammae ibu. Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi.
 - a) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

- b) Sebagian bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30 – 60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10 – 15 menit bayi cukup menyusu dari satu payudara.
- c) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

Kala III

- 33) Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 34) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- 35) Pada saat uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya kemudian ulangi kembali prosedur di atas.
- 36) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.
 - a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva.
 - b) Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :
 - (1) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.

- (2) Menilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
- (3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
- (4) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
- (5) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

37) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

- a) Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forceps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

Pemijatan Uterus

- 38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).
- 39) Evaluasi kemungkinan perdarahan dan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 atau derajat 2 dan atau menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.
- 40) Memeriksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.

d. Kala IV

- 41) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
- 42) Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh, lakukan kateterisasi.
- 43) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
- 44) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 45) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
- 46) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 47) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali permenit).
 - a) Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi, di resusitasi dan segera rujuk ke rumah sakit.
 - b) Jika bayi nafas terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke rumah sakit.
 - c) Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu – bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.
- 48) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di ranjang atau di sekitar ibu berbaring. Menggunakan larutan klorin 0,5 %, lalu bilas dengan air DTT. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 49) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.

- 50) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
- 51) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 52) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 % .
- 53) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
- 54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 55) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk memberikan vitamin K1 (1 mg) intramuskuler di paha kiri bawah lateral dan salep mata profilaksis infeksi dalam 1 jam pertama kelahiran.
- 56) Lakukan pemeriksaan fisik lanjutan (setelah 1 jam kelahiran bayi). Pastikan kondisi bayi tetap baik (pernapasan normal 40-60 kali permenit dan temperatur tubuh normal 36,5 -37,5°C) setiap 15 menit.
- 57) Setelah 1 jam pemberian vitamin K1, berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
- 58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang).
 - a. Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Disebut juga dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Peregangan Tali pusat Terkendali (PTT) dilanjutkan pemberian oksitosin untuk kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan.

Tanda-tanda pelepasan plasenta:

- 1) Perubahan ukuran dan bentuk Uterus menjadi bundar dan uterus terdorong ke atas karena plasenta sudah terlepas dari Segmen Bawah Rahim
- 2) Tali pusat memanjang
- 3) Semburan darah tiba tiba

b. Kala IV

Dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Dalam kala IV sangat beresiko karena proses perdarahan yang berlangsung. Masa 1 jam setelah plasenta lahir. Pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering. Observasi intensif karena perdarahan yang terjadi pada masa ini. Observasi yang dilakukan:

- 1) Tingkat kesadaran penderita.
- 2) Pemeriksaan tanda vital.
- 3) Kontraksi uterus.
- 4) Perdarahan, dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.

5. Mekanisme Persalinan

Mekanisme Persalinan ada tujuh gerakan-gerakan janin dalam persalinan atau gerakan kardinal yaitu engagement, penurunan, fleksi, putar paksi dalam, ekstensi, putar paksi luar, ekspulsi menurut Rizki (2024) adalah sebagai berikut:

a. Engangement

Engangement pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan, sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalinan. Masuknya kepala akan mengalami kesulitan bila saat masuk ke dalam panggul dengan sutura sagitalis dalam anteroposterior. Jika kapala masuk ke dalam pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang di jalan lahir, tulang parietal kanan dan kiri sama tinggi, maka keadaan ini disebut sinklitismus. Kepala pada saat melewati pintu atas panggul dapat juga dalam keadaan dimana sutura sagitalis lebih dekat ke promontorium atau ke symphysis maka hal ini di sebut Asinklitismus. Ada dua macam asinklitismus. Asinklitismus posterior dan asinklitismus anterior.

- 1) Asinklitismus Posterior Yaitu keadaan bila sutura sagitalis mendekati symphysis dan tulang parietal belakang lebih rendah dari pada tulang parietal depan. Terjadi karena tulang parietal depan tertahan oleh simfisis pubis sedangkan tulang parietal belakang dapat turun dengan mudah karena adanya lengkung sakrum yang luas.
- 2) Asinklitismus Anterior Yaitu keadaan bila sutura sagitalis mendekatipromontorium dan tulang parietal depan lebih rendah dari pada tulang parietal belakang.

b. Penurunan

Penurunan diakibatkan oleh kekuatan kontraksi rahim, kekuatan mengejan dari ibu, dan gaya berat kalau pasien dalam posisi tegak. Berbagai tingkat penurunan janin terjadi sebelum permulaan persalinan pada primigravida dan selama Kala I pada primigravida dan multigravida. Penurunan semakin berlanjut sampai janin dilahirkan, gerakan yang lain akan membantunya.

c. Fleksi

Fleksi sebagian terjadi sebelum persalinan sebagai akibat tonus otot alami janin. Selama penurunan, tahanan dari serviks, dinding pelvis, dan lantai pelvis menyebabkan fleksi lebih jauh pada tulang leher bayi sehingga dagu bayi mendekati dadanya. Pada posisi oksipitoanterior, efek fleksi adalah untuk mengubah presentasi diameter dari oksipitofrontal menjadi suboksipitoposterior yang lebih kecil. Pada posisi oksipitoposterior, fleksi lengkap mungkin tidak terjadi, mengakibatkan presentasi diameter yang lebih besar, yang dapat menimbulkan persalinan yang lebih lama.

d. Putaran Paksi Dalam

Pada posisi oksipitoanterior, kepala janin, yang memasuki pelvis dalam diameter melintang atau miring, berputar, sehingga oksipito kembali ke anterior ke arah simfisis pubis. Putaran paksi dalam mungkin terjadi karena kepala janin bertemu penyangga otot pada dasar pelvis. Ini sering tidak tercapai sebelum bagian yang berpresentasi telah tercapai sebelum bagian yang berpresentasi telah mencapai tingkat spina iskhadika sehingga terjadilah engagement. Pada posisi oksipitoposterior, kepala janin dapat 20 memutar ke posterior sehingga oksiput berbalik ke arah lubang sakrum. Pilihan lainnya, kepala janin dapat memutar lebih dari 90 derajat menempatkan oksiput di bawah simfisis pelvis sehingga berubah ke posisi oksipitoanterior. Sekitar 75% dari janin yang memulai persalinan pada posisi oksipitoposterior memutar ke posisi oksipitoanterior selama fleksi dan penurunan. Bagaimanapun, sutura sagital biasanya berorientasi pada poros anteriorposterior dari pelvis.

e. Ekstensi Kepala

yang difleksikan pada posisi oksipitoanterior terus menurun di dalam pelvis. Karena pintu bawah vagina mengarah ke atas dan kedepan, ekstensi harus terjadi sebelum kepala dapat melintasinya. Sementara kepala melanjutkan penurunannya, terdapat penonjolan pada perineum yang diikuti dengan keluarnya puncak kepala. Puncak kepala terjadi bila diameter terbesar dari kepala janin dikelilingi oleh cincin vulva. Suatu insisi pada perineum (episotomi) dapat membantu mengurangi tegangan perineum disamping untuk mencegah perobakan dan perentangan jaringan perineum. Kepala dilahirkan dengan ekstensi yang cepat sambil oksiput, sinsiput, hidung, mulut, dan dagu melewati perineum. Pada posisi oksipitoposterior, kepala dilahirkan oleh kombinasi ekstensi dan fleksi. Pada saat munculnya puncak kepala, pelvis tulang posterior dan penyangga otot diusahakan berfleksi lebih jauh. Dahi, sinsiput, dan oksiput dilahirkan sementara janin mendekati dada. Sesudah itu, oksiput jatuh kembali saat kepala berekstensi, sementara hidung, mulut, dan dagu dilahirkan.

f. Putaran Paksi Luar

Pada posisi oksipitoanterior dan oksipitoposterior, kepala yang dilahirkan sekarang kembali ke posisi semula pada saat engagement untuk menyebariskan dengan punggung dan bahu janin. Putaran paksi kepala lebih jauh dapat terjadi sementara bahu menjalani putaran paksi dalam untuk menyebariskan bahu itu di bagian anteriorposterior di dalam pelvis.

g. Ekspulsi (Pengeluaran)

Setelah putaran paksi luar dari kepala, bahu anterior lahir dibawah simfisis pubis, diikuti oleh bahu posterior di atas tubuh perineum, kemudian seluruh tubuh anak.

6. Tujuan Asuhan Persalinan

Adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal dengan asuhan kebidanan persalinan yang adekuat sesuai dengan tahapan persalinan sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Rizki Dyah Haninggar, 2024).

7. Tanda tanda Persalinan

Ada 3 tanda yang paling utama menurut Yulizawati (2019) yaitu:

a. Kontraksi (His)

Ada 2 macam kontraksi yang pertama kontraksi palsu (Braxton hicks) dan kontraksi yang sebenarnya. Pada kontraksi palsu berlangsung sebentar, tidak terlalu sering dan tidak teratur, semakin lama tidak ada peningkatan kekuatan kontraksi. Sedangkan kontraksi yang sebenarnya bila ibu hamil merasakan kenceng-kenceng makin sering, waktunya semakin lama, dan makin kuat terasa, disertai mulas atau nyeri seperti kram perut. Perut bumil juga terasa kencang. Kontraksi bersifat fundal recumbent/nyeri yang dirasakan terjadi pada bagian atas atau bagian tengah perut atas atau puncak kehamilan (fundus), pinggang dan panggul serta perut bagian bawah. Tidak semua ibu hamil mengalami kontraksi (His) palsu.

b. Pembukaan serviks,

Pembukaan serviks pada primigravida akan berlangsung >1,8cm dan multigravida 2,2cm per jam. Biasanya dengan kehamilan pertama, terjadinya pembukaan ini disertai nyeri perut. Sedangkan pada kehamilan anak kedua dan selanjutnya, pembukaan biasanya tanpa diiringi nyeri. Rasa nyeri terjadi karena adanya tekanan panggul saat kepala janin turun ke area tulang panggul sebagai akibat melunaknya rahim. Pada kehamilan yang pertama setiap pembukaan 1 cm akan

berlangsung selama 1 jam sedangkan pada multigravida setiap pembukaan serviks (leher Rahim) akan membuka lebih cepat dari pada primigravida.

- c. Pecahnya ketuban dan keluarnya bloody show.

Bloody show seperti lendir yang kental dan bercampur darah. Menjelang persalinan terlihat lendir bercampur darah yang ada di leher rahim tersebut akan keluar sebagai akibat terpisahnya membran selaput yang menegilingi janin dan cairan ketuban mulai memisah dari dinding rahim. Tanda selanjutnya pecahnya ketuban, di dalam selaput ketuban (korioamnion) yang membungkus janin, terdapat cairan ketuban sebagai bantalan bagi janin agar terlindungi, bisa bergerak bebas dan terhindar dari trauma luar.

8. Tanda Bahaya Pada Proses Persalinan

Menurut Kemenkes RI (2024), Tanda Bahaya Pada Proses persalinan yaitu:

- a. Air ketuban hijau dan berbau.
- b. Ibu gelisah atau mengalami Air ketuban hijau dan berbau. kesakitan yang hebat
- c. Ibu mengalami kejang.
- d. Perdarahan lewat jalan lahir
- e. Tali pusat atau tangan bayi keluar dari jalan lahir

C. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Pengertian

Bayi baru lahir (BBL) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, dan berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ektrauterin. Bayi Baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala

melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan lahir 2500 - 4000 gram, dengan nilai apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan. Neonatus adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin. Tiga faktor yang mempengaruhi perubahan fungsi dan proses vital neonatus yaitu maturasi (proses penyesuaian fisiologis yang dialami BBL), adaptasi (proses penyesuaian diri dari kehidupan dalam rahim ke kehidupan luar Rahim) dan toleransi (kemampuan bayi untuk dapat hidup dengan baik). Empat aspek transisi pada bayi baru lahir yang paling cepat berlangsung adalah pada sistem Pernapasan, sirkulasi, kemampuan menghasilkan glukosa. (Armita Sri Azhari, S.ST, 2024)

Tumbuh kembang bayi dan balita yang sehat menjadi prioritas utama dalam menilai kesehatan dan kecerdasan anak. Tumbuh kembang terdiri dari fisik, intelektual dan emosional. Faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak antara lain genetik, lingkungan dan perilaku. (Tabelak et al., 2023)

2. Ciri ciri Bayi Lahir Normal

Ciri-ciri bayi lahir dalam keadaan normal adalah sebagai berikut ini menurut Murniati (2023) :

- a. Berat badan 2500-4000 gram
- b. Panjang badan 48-52 cm
- c. Lingkar dada 30-38 cm
- d. Lingkar kepala 33-35 cm
- e. Frekuensi jantung 120-160 kali per menit
- f. Pernafasan 60-80 kali per menit
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup
- h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- i. Kuku agak panjang dan lemas
- j. Genitalia. Perempuan (labia mayora sudah menutup labia minora), laki-laki (testis sudah turun, skrotum sudah ada).

Refleks:

- a. Refleks sucking hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- b. Refleks morrow atau gerakan memeluk bila dikagetkan sudah baik.
- c. Refleks grapsing atau menggenggam sudah baik.

Eliminasi baik (mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, meconium berwarna hitam kecoklatan).

3. Penatalaksanaan bayi segera setelah lahir

Untuk BBL cukup bulan dengan air ketuban jernih yang langsung menangis atau bernapas spontan dan bergerak aktif cukup dilakukan manajemen BBL normal. Jika bayi kurang bulan (< 37 minggu / 259 hari) atau bayi lebih bulan (2 42 minggu / 283 hari) dan atau air ketuban bercampur mekonium dan atau tidak bernapas atau megap-megap dan atau tonus otot tidak baik dilakukan manajemen BBL dengan Asfiksia (APN, 2008). Keadaan umum bayi dinilai setelah lahir dengan penggunaan nilai APGAR. Penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak. Yang nilai ada 5 poin:(Suherlin et al., 2024)

- a. Appearance (warna kulit)
- b. Pulse rate (frekuensi nadi)
- c. Grimace (reaksi rangsangan)
- d. Activity (tonus otot)
- e. Respiratory (pernapasan)

Setiap penilaian diberi nilai 0, 1, dan 2. Bila dalam 2 menit nilai APGAR tidak mencapai 7, maka harus dilakukan tindakan resusitasi lebih lanjut, oleh karena bila bayi menderita asfiksia lebih dari menit, kemungkinan terjadinya gejala-gejala neurologis lanjutan di kemudian hari lebih besar, berhubungan dengan itu penilaian APGAR selain pada umur 1 menit, juga pada umur 5 menit.

Tabel 2. 6
Tabel nilai APGAR Score

Tanda	Skor		
	0	1	2
Appearance (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (frekuensi nadi)	Tidak ada	<100 x/menit	
Grimace (Reaksi rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan Mimic/meringis	Batuk/ bersin
Activity (Tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
Respiratory (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Baik. Menangis

Sumber: (Suherlin et al., 2024)

Dari hasil penilaian tersebut dapat diketahui apakah bayi tersebut normal atau asfiksia:

- a. Nilai APGAR 7-10: Bayi normal
- b. Nilai APGAR 4-6: Asfiksia sedang ringan
- c. Nilai APGAR 0-3: Asfiksia Berat

4. Mekanisme Kehilangan Panas BBL

Jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka BBL mengalami hipotermia. Bayi dengan hipotermia, berisiko tinggi untuk mengalami sakit berat atau bahkan kematian. Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat.

Mekanisme Kehilangan Panas BBL menurut Suherlin (2024) dapat kehilangan panas tubuhnya melalui cara-cara berikut:

- a. Evaporasi

Adalah kehilangan panas akibat penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri. Hal ini merupakan jalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jika

saat lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan atau terlalu cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

b. Konduksi

adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Meja, tempat tidur atau timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi melalui mekanisme konduksi apabila bayi diletakkan di atas benda-benda tersebut.

c. Konveksi

adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan di dalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi.

d. Radiasi

adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Bayi dapat kehilangan panas dengan cara ini karena benda-benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung).

5. Kunjungan Bayi Baru Lahir

Komponen asuhan neonatal adalah pencegahan infeksi, pengkajian nifas, pencegahan kehilangan panas, perawatan tali pusat, IMD, penatalaksanaan menyusui, pencegahan infeksi mata, vaksinasi, pemeriksaan neonatus. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menyatakan dalam Buku Kesehatan Ibu dan Anak bahwa bayi baru lahir sampai bayi baru lahir dapat diasuh sebanyak tiga kali dalam Wijayanti (2023) antara lain:

a. Kunjungan Bayi Baru Lahir Pertama (KN 1) Dilakukan enam sampai 48 jam.

setelah bayi lahir dan dirancang untuk menjaga kehangatan tubuh bayi, memungkinkan pemberian ASI eksklusif, mencegah infeksi,

perawatan mata, perawatan tali pusat, injeksi vitamin K1 dan hepatitis B-0, vaksin.

b. Kunjungan Bayi Baru Lahir Kedua (KN 2) Dilakukan 3-7 hari setelah bayi lahir. Perawatan meliputi menjaga bayi tetap hangat, ASI eksklusif, memandikan bayi, perawatan tali pusat dan vaksinasi.

c. Kunjungan Bayi Baru Lahir ketiga (KN 3) Dilakukan pada saat bayi berusia 8 hari hingga 28 hari pascapersalinan.

Perawatan bayi meliputi pemeriksaan tanda-tanda bahaya dan penyakit, menjaga bayi tetap hangat, pemberian ASI eksklusif dan vaksinasi.

D. Konsep Dasar Nifas

1. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) berasal dari bahasa latin, yaitu puer yang artinya bayi dan parous yang artinya melahirkan atau berarti setelah melahirkan. Masa nifas (puerperium) merupakan masa pulihnya kembali organ reproduksi setelah melahirkan, yang dimulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lamanya berkisar 6-8 minggu (Eni Indrayani et al., 2024).

2. Tujuan Masa Nifas

Pada masa nifas ini terjadi perubahan-perubahan fisik ataupun psikis berupa organ reproduksi, terjadinya proses laktasi, terbentuknya hubungan antara orang tua dan bayi dengan memberi dukungan. Atas dasar tersebut perlu dilakukan suatu pendekatan antara ibu dan keluarga dalam manajemen kebidanan. Adapun tujuan asuhan masa nifas adalah sebagai berikut (Indrianita et al., 2022).

a. Kesehatan ibu dan bayi, baik fisik maupun psikis.

- b. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi, baik pada ibu maupun bayi.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayi dan perawatan bayi sehat.
- d. Memberikan pelayanan KB.
- e. Untuk mendapatkan kesehatan emosi.
- f. Memperlancar pembentukan air susu ibu (ASI).
- g. Mengajarkan ibu untuk melaksanakan perawatan Mandiri sampai masa nifas selesai dan memelihara bayi dengan baik sehingga bayi dapat mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang normal.
- h. Melakukan Manajemen Asuhan dengan cara mengumpulkan data, menentukan diagnosis dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama masa nifas.
- i. Memberikan asuhan secara profesional.

3. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas menurut Indrianita (2022):

- a. Puerperium dini (immediate puerperium)

Immediate postpartum merupakan masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Fase ini merupakan fase kritis karena pada masa ini sering terjadi perdarahan postpartum yang disebabkan karena atonia uteri. Pada masa ini bidan perlu melakukan pemantauan secara rutin yang meliputi kontraksi uterus, pengeluaran lochea, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

- b. Early puerperium (>24 jam - 1 minggu)

Pada fase ini, bidan perlu memastikan proses involusi uteri berjalan dengan normal, yaitu dengan memastikan tidak terjadi perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak terjadi demam, ibu mendapat asupan makanan dan cairan yang cukup sehingga proses menyusui berjalan dengan baik.

- c. Remote puerperium (later puerperium)
waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama jika selama masa kehamilan dan persalinan ibu mengalami komplikasi, waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan bahkan tahun.

4. Tanda Bahaya Masa Nifas

Tanda bahaya pada masa nifas menurut Fitriani (2021), adalah sebagai berikut:

- a. Perdarahan darah segar setelah minggu ketiga setelah persalina
- b. Demam tinggi $>38^{\circ}\text{C}$, apabila ibu memiliki suhu tubuh yang tinggi harus memikirkan apakah ada infeksi atau dehidrasi ibu. Mencari sumber masalah ataupun penyebabnya untuk memberikan intervensinya.
- c. Kontraksi uterus kurang baik, disebabkan ibu multipara dan bayi besar, peregangan otot uterus yang maksimal, uterus yang tidak kompeten, KU ibu lemah. Rencana tindakan yang dilakukan dengan merangsang kerja baik uterus misal masage fundus, injeksi oksitosin bila perlu KBI/KBE untuk mencegah perdarahan yang hebat.
- d. Perdarahan banyak 24 jam postpartum disebabkan oleh kontraksi uterus yang tidak baik, adanya laserasi jalan lahir, sisa plasenta serta perdarahan yang belum diketahui sumbernya sehingga perlu kolaborasi dokter maupun petugas kesehatan

- e. Lochea berbau tidak enak, normalnya seperti bau menstruasi biasa
- f. Adanya tanda human menandakan tanda homan dengan cara kaki diluruskan dan telapak kaki ditekuk. Bila terdapat tanda kemerahan pada tungkai maka ibu memiliki tanda homan. Langkah yang bisa dilakukan ambulasi dan kolaborasi dengan dokter.
- g. Bendungan Asi Bendungan ASI terjadi pada ibu yang tidak mau menyus bayinya. Atau ibu menyusui tidak efektif dan perlekatan/posisi menyusui yang salah. Hal ini diberi penyuluhan tentang keuntungan pemberian ASI dan ajarkan ibu teknik menyusui yang benar, perawatan payudara agar puting tidak lecet sehingga dapat menyusui dengan baik dan tidak kesakitan

5. Kunjungan Masa Nifas

Kebijakan Program Nasional Masa Nifas Berdasarkan Kementerian Kesehatan Tahun 2020 dalam Rinjani (2024) adalah sebagai berikut:

- a. Kunjungan Pertama (KF 1), 6-8 jam setelah persalinan yang bertujuan:
 - 1) Mencegah perdarahan masa nifas karena persalinan akibat terjadinya atonia uteri.
 - 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, segera merujuk bila perdarahan terus berlanjut.
 - 3) Memberikan konseling pada ibu dan anggota keluarga bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas akibat atonia uteri.
 - 4) Konseling tentang pemberian ASI awal.
 - 5) Melakukan bounding attachment antara ibu dengan bayi yang baru dilahirkan.

- 6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.
 - 7) Jika petugas kesehatan menolong persalinan ibu, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir untuk 2 jam pertama atau sampai keadaan ibu dan bayinya stabil.
- b. Kunjungan Kedua (KF 2), 3-7 hari setelah persalinan yang bertujuan:
- 1) memastikan proses involusi uteri berjalan dengan normal.
 - 2) evaluasi adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
 - 3) memastikan ibu cukup makan, minum, dan istirahat.
 - 4) memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda adanya penyulit
 - 5) memberikan konseling pada ibu mengenai hal-hal berkaitan dengan asuhan pada bayi.
 - 6) Kunjungan Ketiga (KF 3), 8-28 hari setelah persalinan yang bertujuan
- c. Kunjungan ke Tiga (KF 3), 8-28 hari setelah persalinan
Sama seperti pada kunjungan ke-3.
- d. Kunjungan Empat, 29-42 hari setelah persalinan yang bertujuan:
- 1) menanyakan penyulit-penyulit yang ada.
 - 2) memberikan konseling untuk KB secara dini.

E. Konsep Dasar Keluarga Berencana

1. Keluarga Berencana (KB)

Keluarga berencana (KB) adalah upaya untuk mengontrol kelahiran, jumlah kehamilan, dan jarak kehamilan dengan menggunakan strategi promosi, perlindungan, dan bantuan yang sesuai dengan hak reproduksi wanita dan pria untuk membentuk keluarga yang baik. Layanan,

informasi, pendidikan, kebijakan, sikap, barang, dan praktik adalah komponen dari program keluarga berencana. Keluarga berencana juga merupakan upaya untuk membuat anggota keluarga merasa baik dengan mendidik mereka tentang pernikahan, infertilitas (kemandulan), dan menjarangkan persalinan. Selain itu, program keluarga berencana dapat membantu pasangan yang menikah menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan bayi yang dinantikan, dan mengatur interval kelahiran yang tepat. Diharapkan bahwa program keluarga berencana akan menghasilkan penduduk yang lebih baik, sumber daya manusia yang lebih baik, dan kesejahteraan keluarga yang lebih baik (Fatonah et al., 2023)

Kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh (tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan) dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi serta fungsi dan prosesnya. Sebagai komponen kesehatan reproduksi, pelayanan KB diarahkan untuk menunjang tercapainya kesehatan ibu dan bayi. Pelayanan KB bertujuan untuk menunda, menjarangkan/ menjaga jarak kelahiran dan atau membatasi kehamilan bila jumlah anak sudah cukup. Dengan demikian, pelayanan KB sangat berguna dalam pengaturan kehamilan dan pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan atau tidak tepat waktu (Tabelak Tirza,dkk.2022)

2. Tujuan Keluarga Berencana

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pengembangan Keluarga, Keluarga Berencana dan Sistem Informasi Keluarga, tujuan program keluarga berencana menurut Fatonah et al (2023) yaitu:

- a. Mengantur kehamilan yang diinginkan.
- b. Menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu (AKI), angka kematian bayi atau balita (AKB) dan anak.
- c. Meningkatkan kualitas dan akses informasi, konseling, pendidikan dan pelayanan keluarga berencana serta kesehatan reproduksi.

- d. Meningkatkan peran serta partisipasi pria dalam program keluarga berencana.
- e. Mensosialisasikan dan mempromosikan pemberian air susu ibu (ASI) sebagai upaya untuk menjarangkan kehamilan.

3. Tujuan Penggunaan Kontrasepsi Menurut Sasarannya

Ada 3 fase tujuan penggunaan kontrasepsi menurut sasarannya adalah sebagai berikut menurut Lorensia (2024) sebagai berikut :

a. Fase menunda kehamilan

Fase ini sebaiknya dilakukan apabila perempuan belum mencapai usia reproduksi yang ideal yaitu 20 tahun, sehingga kriteria kontrasepsi yang dapat digunakan sebaiknya memiliki reversibilitas dan efektivitas tinggi. Hal ini penting agar kembalinya kesuburan dapat terjamin dan pasangan dapat hamil segera setelah kontrasepsi dilepas.

Pilihan kontrasepsi:

- 1) KB Pil
- 2) Kondom
- 3) KB Suntik
- 4) MAL

b. Fase menjarangkan kehamilan

Ciri kontrasepsi yang dibutuhkan dalam fase ini adalah yang memiliki efektifitas dan reversibilitas tinggi, karena biasanya pasangan masih menginginkan memiliki anak lagi, namun ingin mengatur jarak dari masing- masing kelahiran anak sekitar 2- 4 tahun.

Pilihan Kontrasepsi:

- 1) KB Pil
- 2) KB Suntik
- 3) Implan
- 4) IUD
- 5) MAL

c. Fase menghentikan

kehamilan Pada ibu yang sudah memasuki usia risiko tinggi yaitu lebih dari 35 tahun dan telah memiliki 3 anak atau lebih, sebaiknya menggunakan kontrasepsi yang memiliki efektifitas tinggi. Kehamilan yang terjadi pada usia tersebut berisiko tinggi bagi ibu dan anak, dan biasanya pasangan sudah tidak ingin punya anak lagi. Kontrasepsi yang dapat disarankan terutama yang bersifat jangka panjang yaitu:

- 1) Kontrasepsi mantap (MOW/MOP)
- 2) AKDR
- 3) Implant

4. Jenis jenis Alat Kontrasepsi

Terdapat Beberapa Jenis-Jenis Kontrasepsi Menurut Kementerian Kesehatan, (2021) serta sesuai dengan kasus yaitu dengan MKJP:

- a. AKDR Copper
- b. Kontrasepsi Implan

Serta metode yang ibu ini gunakan yaitu dengan kontrasepsi Mal yaitu:

- a. Metode Amenore Laktasi (MAL)

Pengertian: Metode keluarga berencana sementara yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan ataupun minuman apa pun lainnya.

MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila. :

- 1) Ibu belum menstruasi bulanan.
- 2) Bayi disusui secara penuh (ASI Eksklusif) dan sering disusui lebih dari 8 kali sehari, siang dan malam.
- 3) Bayi berusia kurang dari 6 bulan

Cara Kerja: Mekanisme kerja utama dengan cara mencegah pelepasan telur dari ovarium (ovulasi). Sering menyusui secara sementara mencegah pelepasan hormon alami (Prolaktin Dan Oksitoin) yang dapat menyebabkan ovulasi

Keuntungan:

- 1) Tidak memberi beban biaya untuk keluarga berencana atau untuk makanan bayi
 - 2) Efektivitasnya tinggi
 - 3) Segera efektif
 - 4) Tidak mengganggu hubungan seksual
 - 5) Tidak ada efek samping secara sistemik
 - 6) Tidak perlu pengawasan medis
 - 7) Tidak perlu obat atau alat
 - 8) Bayi mendapat kekebalan pasif
 - 9) Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal
 - 10) Mengurangi perdarahan pasca persalinan
 - 11) Meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi
- Keterbatasan:
- 12) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan
 - 13) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi social
 - 14) Efektif hanya sampai dengan 6 bulan

F. MANAJEMEN KEBIDANAN

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 Tentang Standar Profesi Bidan, manajemen asuhan kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam memberikan layanan mereka, mulai dari pengkajian, perumusan diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan pencatatan.

Manajemen asuhan kebidanan 7 langkah menurut varney dalam Ronalen (2021) antara lain:

1. Langkah 1 Pengumpulan Data Dasar

Masalah adalah informasi yang didapatkan dari klien dan keluarga atau profesi kesehatan lain yang menjadi acuan dalam melakukan

penelusuran melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

Pengkajian adalah pengumpulan semua data yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien/klien secara holistik meliputi biopsikososio, spritual dan kultural. Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesis; biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya) dan data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang) (Kemenkes RI No HK.01.07/MENKES/320/2020).

2. Langkah 2. Mengidentifikasi diagnosis atau masalah actual

Mengidentifikasi data dengan cepat untuk mengidentifikasi diagnosa atau masalah aktual dengan klien berdasarkan data dasar, menguraikan bagaimana suatu data pada kasus diinterpretasikan menjadi suatu diagnosa atau secara teori data apa yang mendukung untuk timbulnya diagnosa tersebut. Masalah lebih sering berhubungan dengan bagaimana klien menguraikan keadaan yang ia rasakan, sedangkan diagnosa lebih sering diidentifikasi oleh bidan yang difokuskan pada apa yang di alami oleh klien.

3. Langkah 3. Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Diagnosis Kebidanan adalah kesimpulan hasil analisis data yang diperoleh dari pengkajian secara akurat dan logis yang dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

4. Langkah 4. Penetapan kebutuhann/ tindakan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan

5. Langkah 5. Intervensi/ Perencanaan tindakan asuhan kebidanan.

Perencanaan adalah rencana tindakan yang disusun Bidan berdasarkan diagnosis kebidanan mulai dari tindakan segera, tindakan antisipasi

dan tindakan komprehensif melibatkan klien dan/atau keluarga, mempertimbangkan kondisi psikologi dan sosialbudaya klien/keluarga, tindakan yang aman (safety) sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based serta mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

6. Langkah 6. Implementasi/ pelaksanaan asuhan

Implementasi adalah pelaksanaan tindakan kebidanan berdasarkan rencana yang diberikan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman (safety) kepada klien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, baik secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

7. Langkah 7. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian secara sistematis dan berkesinambungan terhadap efektifitas tindakan dan asuhan kebidanan yang telah diberikan sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien, dilakukan sesuai standar dan segera setelah melaksanakan asuhan, dicatat dan dikomunikasikan kepada klien dan/atau keluarga serta segera ditindak lanjuti.

Pendokumentasian Tindakan Asuhan Kebidanan:

1. S (Data Subjektif)

Data subjektif (S) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut helen varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Berdasarkan teori data subjektif yang diperoleh pada ibu hamil dengan anemia yaitu ibu mengeluh sering merasa lelah, mengantuk, merasa pusing.

2. O (Data Objektif)

Data Objektif (O) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien.

3. A (Assessment)

A (Analysis/Assessment) merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif.

4. P (Planning)

Planning/perencanaan, adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data

G. KEWENANGAN BIDAN

Berdasarkan Permenkes Republik Indonesia No.4 tahun 2019 yaitu (Undang-undang RI, 2019):

Pasal 46

- (1) dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi:
 - a. pelayanan kesehatan ibu;
 - b. pelayanan kesehatan anak;
 - c. pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga beencana;
 - d. pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/atau
 - e. pelaksanaan tugas dalam keadaan ketebatasan tertentu.
- (2) Tugas bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan secara bersama atau sendiri
- (3) Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel

Pasal 47

- (1) Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan dapat berperan sebagai:
- a. Pemberi pelayanan kebidanan;
 - b. Pengelola pelayanan kebidanan;
 - c. Penyuluh dan konselor;
 - d. Pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik;
 - e. Penggerak peran serta masyarakat dan pemberdayaan perempuan; dan/atau
 - f. Peneliti
- (2) Peran bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan-undangan

Pasal 48

Bidan dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 dan pasal 47, harus sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.

Pasal 49

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf a, Bidan berwenang:

- a. Memberikan asuhan kebidanan pada masa sebelum hamil;
- b. Memberikan asuhan kebidanan pada masa kehamilan normal;
- c. Memberikan asuhan kebidanan pada masa persalinan, pasca persalinan, masa nifas serta asuhan pasca keguguran dan dilanjutkan dengan rujukan

Pasal 50

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan anak bagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf b, bidan berwenang:

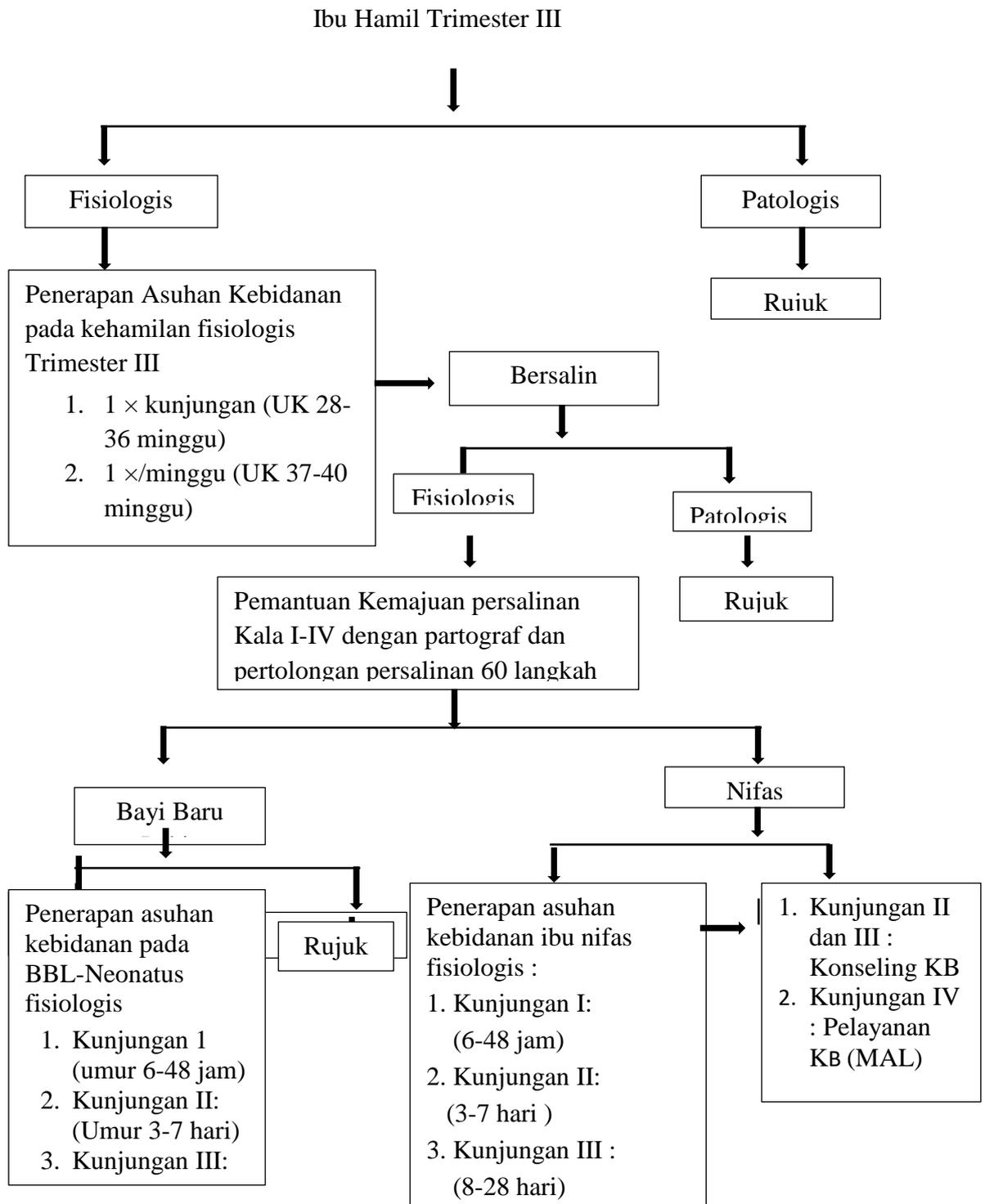
- a. Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, bayi, balita dan anak pra sekolah;

- b. Memberikan imunisasi sesuai program pemerintah pusat;
- c. Melakukan pemantauan tumbuh kembang pada bayi, balita dan anak prasekolah serta deteksi dini kasus penyulit, gangguan tumbuh kembang dan rujukan; dan
- d. Memberikan pertolongan pertama kegawatdaruratan pada bayibaru lahir di lanjutkan dengan rujukan

Pasal 51

Dalam menjalankan tugas dan memberikan pelayanakesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebgaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf c, bidan berwenang melakukan komunikasi, informasi, edukasi, konseling dan memberikan pelayanan kontrasepsi seuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

H. Kerangka Pikir



gambar 2. 1 Kerangka Pikir

Modifikasi teori Wulandari (2023) berdasarkan kasus pada Ny. F.H